

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 67

Entscheid vom 12. Oktober 2018

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.iur. Vital Zehnder, Richter
MLaw Darinka Balzarini, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

B._____,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen / Begehren um ärztliche
Untersuchung)

Sachverhalt:

A. B._____ (geb. 13.8.1961) hat nach der obligatorischen Schulzeit von April 1977 bis April 1981 eine Ausbildung als Radio-/TV-Techniker absolviert (IV-act. 6-5/8). In der Folge arbeitete er für verschiedene Arbeitgeber und zeitweise war er selbständigerwerbend (IV-act. 10). Vom 1. Juni 2013 bis 30. September 2014 war er für A._____ im telefonischen Inserateverkauf erwerbstätig (IV-act. 1-2/4 i.V.m. 4-2/5). Seit dem 25. Mai 2016 übt er eine Teilzeitbeschäftigung auf Abruf für die Sicherheitsdienstfirma S._____ aus (v.a. im Verkehrsdienst, IV-act. 15). Zudem wird er von der kommunalen Fürsorgebehörde unterstützt (IV-act. 31).

B. Am 20. April 2016 war bei der IV-Stelle Schwyz eine Anmeldung für eine Früherfassung eingegangen, welche mit Rückenbeschwerden begründet wurde (IV-act. 1). Nach einem Erstgespräch vom 17. Mai 2016 erfolgte am 2. Juni 2016 die Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (IV-act. 6).

C. Nach diversen Abklärungen, welche sich u.a. wegen einer pulmonologischen Zusatzabklärung sowie einer Knieoperation verzögerten (IV-act. 31-2f./5), teilte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 1. März 2018 mit, es sei vorgesehen, dass Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 32). Dagegen opponierte B._____ in einer Eingabe vom 10. April 2018 (IV-act. 33).

D. Mit Verfügung vom 19. Juni 2018 hielt die IV-Stelle daran fest, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 35).

E. Gegen diese Verfügung reichte B._____ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. b i.V.m. Art. 60 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) rechtzeitig am 17. August 2018 (= Datum der Postaufgabe) beim Verwaltungsgericht Beschwerde ein mit dem sinngemässen Begehren, es seien IV-Leistungen zu gewähren bzw. es sei eine medizinische Zusatzabklärung vorzunehmen.

F. Mit Vernehmlassung vom 11. September 2018 beantragte die IV-Stelle, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 ATSG gilt als Invalidität die

durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.2 Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

1.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG massgebend (Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit (ganz oder teilweise) Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (vgl. Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2014, N 27 zu Art. 28a IVG).

1.4 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe dieser Fachleute ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_790/2017 vom 24.1.2018 Erw. 2.1.1). Diese ärztlichen Angaben dienen als wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_126/2018

vom 6.7.2018 Erw. 2.2.2; BGE 141 V 281 Erw. 5.2.1; 140 V 193 Erw. 3.2; 132 V 93 Erw. 4, je mit weiteren Hinweisen).

1.5.1 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, N 13 ff. zu Art. 43 ATSG). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (örtlich zuständigen) IV-Stelle (Art. 54 – 56 i.V.m. Art. 57 Abs. 1 lit. c – g IVG). Was den für die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG und Art. 28 ff. IVG) erforderlichen medizinischen Sachverstand angeht, kann die IV-Stelle sich hierfür auf den RAD (Art. 59 Abs. 2 und 2^{bis} IVG), die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Art. 28 Abs. 3 und 29 Abs. 2 ATSG) oder auf externe medizinische Sachverständige wie die medizinischen und beruflichen Abklärungsstellen (MEDAS; Art. 59 Abs. 3 IVG) stützen.

Ständiger und damit wichtigster medizinischer Ansprechpartner in der täglichen Arbeit sind für die IV-Stellen die RAD, welche ihnen nach Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches zur Verfügung stehen (Satz 1); die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Satz 2); sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Satz 3; vgl. auch die Ausführungsbestimmungen in den Art. 47 – 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201). Die RAD können gemäss Art. 49 Abs. 2 IVV bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Die IV-Stellen werden aber stets externe (meist polydisziplinäre) Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C_505/2015 vom 12.10.2015 Erw. 2.1.2 mit Verweis auf BGE 137 V 210, Erw. 1.2.1).

1.5.2 Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 353). Auch den Be-

richten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt schliesslich Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2012 vom 20.11.2012 Erw. 3.2 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 135 V 469).

1.5.3 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_790/2017 vom 24.1.2018 Erw. 2.1.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Vielmehr gilt es das gesamte Beweismaterial zu würdigen und bei sich widersprechenden medizinischen Berichten die Gründe anzugeben, warum auf die eine oder andere medizinische These abzustellen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2017 vom 1.2.2018 Erw. 4.1.1).

1.5.4 In Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass allgemein praktizierende Hausärzte wie behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten grundsätzlich mehr Gewicht zukommt (vgl. BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_55/2018 vom 30.5.2018 Erw. 6.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit

von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (siehe Urteile des Bundesgerichts 9C_88/2018 vom 30.5.2018 Erw. 5.2; 9C_248/2017 vom 15.2.2018 Erw. 6.2.1; 9C_419/2008 vom 12.3.2008 Erw. 3.3). Wird aber die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen (BGE 135 V 465 Erw. 4.6).

1.6 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, N 450; BGE 134 I 148 Erw. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_262/2018 vom 22.8.2018 Erw. 4.1).

1.7 Anzuführen ist, dass sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt erstreckt, wie er sich bis zum Erlass der streitigen Verfügung (hier: 19.6.2018) verwirklicht hat (BGE 130 V 445 Erw. 1.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2016 vom 3.3.2017 Erw. 3).

2. Den vorliegenden Akten lassen sich zur Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie zur Arbeitsfähigkeit u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben entnehmen:

2.1 Der Hausarzt Dr.med. C._____ (Facharzt FMH für Innere Medizin), welcher den Versicherten seit dem 2. Februar 2016 behandelt, stellte in seinem Bericht vom 8. Juli 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 13-1/18):

- Lumboradikuläres Syndrom L5/S1 bei Osteochondrose L5/S1
- Obstruktives Schlafapnoesyndrom
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD-Gold Stadium 2)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte der Hausarzt Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas, arterielle Hypertonie und Hyperlipidämie.

Sowohl im Rahmen seines bisherigen Tätigkeitsfeldes (Personenschutz) sowie für angepasste Tätigkeiten attestierte der Hausarzt eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bzw. "4 Std/Tag, keine grosse Belastung" (vgl. IV-act. 13-3/18). Im Übrigen ging er von einer schlechten Prognose aus (IV-act. 13-2/18, Ziff. 1.4).

2.2 Dr.med. D._____ T._____ (Teamleiterin Rehabilitation, U._____/ Rheumatologie) und Dr.med. E._____ (Assistenzarzt Rheumatologie) fassten die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in ihrem Bericht vom 14. Juli 2016 wie folgt zusammen (IV-act. 14-1/18 i.V.m. 14-2/18 oben):

1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bds

- CT LWS vom 05.11.2014 (Spital Lachen, ...)
Osteochondrose LWK5/SWK1 mit Pelottierung des Duraschlauchs und ossärer Einengung der Neuroforamina bds mit Kontakt zur L5-Nervenwurzel intraforaminal. Geringe Diskusprotrusion auf Höhe LWK4/5 ohne sichtbaren Kontakt zur Nervenwurzel
- MRI LWS vom 16.02.2015 (Klinik Hirslanden, aktenanamnestisch): Durch etwas vermehrtes epidurales Fettgewebe leichtgradige Einengung des Spinalkanals zwischen L4 und S1; an der engsten Stelle zeigt sich der Duraschlauch einen Querschnitt von etwas weniger als 1 cm². Leichte degenerative Protrusionen L4-S1 und leichtgradige Einengung der beiden Neuroforamen L5/S1 durch Spondylarthrosen
- Röntgen Becken vom 09.06.2015: keine wesentliche Coxarthrose, ISG und Symphyse normal
- Labor vom 21.12.2015: Kreatinin 65 µmol/l, CRP 11,8 mg/l, Blutsenkung 17 mm/h, unauffällige Serumprotein-Elektrophorese, Immunotyping/ Immun-fixation negativ.
- CT-gesteuerte Facetteninfiltration L4/5 und L5/S1 bds am 03.03.2015: Beschwerdereduktion für eine Woche

2. Adipositas

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten diese Ärzte:

3. Symptomatische Gonarthrose links

- St.n. Kniearthroskopie links mit medialer Teilmenishektomie am 21.08.2012, Spital Lachen

4. Symptomatische Gonarthrose rechts

- St.n Kniearthroskopie mit Plicaresektion infrapatellär, Mikrofrakturierung/Thermoversiegelung des Knorpeldefektes am femoralen Gleitlager, Knie rechts am 07.03.2005, Spital Surselva

5. Arterielle Hypertonie

Zum Arbeitsunfähigkeitsgrad nahmen diese U._____-Ärzte nicht Stellung. Stattdessen wiesen sie auf die Möglichkeit eines Arbeitsassessments durch eine spezialisierte Stelle hin (vgl. IV-act. 14-3/18 oben). Bereits in einem früheren Bericht vom 10. Juni 2015 (an einen anderen Balgrist-Arzt) hatten die gleichen Ärzte nebst regelmässiger körperlicher Aktivitäten eine Ernährungsberatung zur gezielten Gewichtsreduktion empfohlen, was in der hausärztlichen Sprechstunde zu thematisieren sei (vgl. IV-act. 14-6/18 unten).

2.3 Der behandelnde Hausarzt Dr.med. C._____ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 23. Dezember 2016 einen stationären Gesundheitszustand fest; we-

der berufliche noch gesundheitliche Änderungen seien eingetreten, der Versicherte "arbeitet 50%"; es sei von einer eher schlechten Prognose auszugehen (IV-act. 16-1/2).

2.4 Die RAD-Ärztin Dr.med. G. _____ beurteilte die medizinische Aktenlage am 26. Januar 2017 dahingehend, dass die skelettären Befunde (Rücken, Knie) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu begründen vermöchten. Zumutbar wäre eine leichte körperliche Arbeit in Wechselbelastung, welche aufgrund der Knie vorzugsweise sitzend auszurichten sei. Hinzu käme wegen eines zu vermutenden, überwiegend dauerhaften Therapiebedarfs (Physio) eine Leistungsminderung von 10% bis maximal 20%. Unklar sei indessen die aktuelle pulmologische Lage, nachdem der letzte Bericht von Dr.med. H. _____ (Pneumologie FMH, Allergologie und klinische Immunologie FMH, Innere Medizin FMH) bereits vier Jahre alt sei (vgl. auch IV-act.13-9 ff./18). Im Ergebnis empfahl sie zum einen ein Konsil bei Dr.med. I. _____ ändern vertrat sie den Standpunkt, dass der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Hausarztes (von 50%) hinsichtlich behinderungsangepasster Tätigkeiten nicht gefolgt werden könne (IV-act. 18-3/3).

2.5 Der von der IV-Stelle angefragte Dr.med. J. _____ teilte mit, dass der Versicherte seit 2013 nicht mehr zu den vereinbarten Terminen erschienen sei (IV-act. 20 i.V.m. IV-act. 21-3/5). Daraufhin wurde eine Zusatzabklärung an der Klinik für Pneumologie des Universitätsspitals Zürich veranlasst, welche am 22. Mai 2017 stattfand. PD Dr.med. K. _____ (Oberarzt USZ) und Dr.med. L. _____ (Assistenzarzt) stellten im Bericht vom 23. Mai 2017 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 24-1/3 i.V.m. IV-act. 25-1/10):

1. COPD GOLD Stadium II, Risikoklasse C

- Respiratorische Partialinsuffizienz
- Persistierender Nikotinkonsum, kumulativ 35 py

2. Adipositas Grad III

- BMI 40.6 kg/m²

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde was folgt aufgeführt:

1. Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom, ED 2013
 - CPAP-Intoleranz
2. Diabetes mellitus Typ 2
 - Unter oralen Antidiabetika
3. Arterielle Hypertonie
4. Lumbovertebrales Schmerzsyndrom
5. Dyslipidämie

Des Weiteren wurde im Bericht ausgeführt, aktuell sei der Versicherte aufgrund von chronischen Rückenschmerzen nicht arbeitstätig; er verbringe mehrere Monate im Jahr in Thailand (IV-act. 2/3 oben). Bezüglich des Nikotins bestehe aktuell ein Konsum von 10 Zigaretten täglich; für eine Unterstützung im Sinne einer Rauchberatung sei der Versicherte aktuell nicht empfänglich, er habe jedoch vor, den Nikotinkonsum selbständig weiter zu reduzieren. Lungenfunktionell finde sich weiter eine mittelgradige Einschränkung der CO-Diffusionskapazität, welche im Rahmen des chronischen Nikotinkonsums zu interpretieren sei. Die über die letzten 12 Monate stabile Anstrengungsdyspnoe sei am ehesten multifaktoriell bedingt bei ausgeprägter Adipositas, Einschränkung der CO-Diffusionskapazität sowie Dekonditionierung. Bezüglich des Übergewichts habe der Versicherte erfreulicherweise in den letzten 12 Monaten eine Reduktion von insgesamt 9 kg erreicht und er versuche aktuell, weiter abzunehmen (IV-act. 24-2f./3). Auf die Frage, in welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit welchem Belastungsprofil zumutbar sei, antwortete der USZ-Arzt Dr.med. L. _____: "physisch nicht anstrengende Tätigkeit vertretbar, z.B. sitzende Tätigkeit" (IV-act. 25-3/10, Ziff. 1.7 in fine). Allerdings relativierte der gleiche Arzt die Angaben zur Arbeitsfähigkeit mit dem Hinweis, dass er den Patienten nur einmal gesehen und keine Informationen zur bisherigen Tätigkeit des Patienten habe (IV-act. 25-7/10 Ziff. 3). Hinsichtlich der Fragestellung, wann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit zu rechnen sei, verwies Dr.med. L. _____ auf den Hausarzt ("Bitte um Kontaktaufnahme mit Hausarzt", vgl. IV-act. 25-3/10, Ziff. 1.9).

2.6 Der Hausarzt D.med. C. _____ berichtete der IV-Stelle am 26. Juni 2017, dass der Versicherte sich in der letzten Zeit über Schmerzen im rechten Knie und im rechten Unterschenkel beklagt habe, vor allem nach längerem Stehen. Eine Röntgen-Abklärung des rechten Knies habe eine mediale Gonarthrose ergeben (IV-act. 26).

2.7 Nachdem die mit der Sachbearbeitung betraute Person im Feststellungsblatt vom 12. Juni 2017 das Ergebnis der Zusatzabklärungen u.a. dahingehend zusammengefasst hatte, dass von pneumologischer Seite für behinderungsangepasste Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde, bejahte die RAD-Ärztin Dr.med. M. _____ die Fragestellung, ob von der am 26. Januar 2017 radärztlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 80% ausgegangen werden könne (vgl. IV-act. 27-3/3 i.V.m. Erw. 2.4 bzw. IV-act. 18-3/3).

2.8 Dr.med. N. _____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie FMH) stellte in seinem bei der IV-Stelle am 17. Oktober 2017 eingegangenen Bericht die Dia-

gnose einer schmerzhaften medialen Gonarthrose rechts Grad IV (seit ca. anfangs 2017) sowie eines chronischen LWS-Syndroms (seit Jahren). Es sei geplant, am 10. Januar 2018 eine Knieendoprothese rechts zu implantieren. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich dieser Facharzt u.a. dahingehend, dass die bisherige Tätigkeit („Security 50%) „wie bisher sollte gehen“ (IV-act. 30-2/9 unten). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei halbtags wie bisher zumutbar (IV-act. 30-3/9, Ziff. 1.7 in fine). Die Knieprothese rechts werde wahrscheinlich eine leichte Besserung bringen, aber die Arbeits(un)fähigkeit werde im Gesamtbild kaum gebessert werden können (IV-act. 30-3/9, Ziff. 1.8).

2.9 Der RAD-Arzt Dr.med. O._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) nahm am 8. Februar 2018 zur zwischenzeitlich festgestellten medialen Gonarthrose rechts wie folgt Stellung (vgl. IV-act. 31-5/5):

Der Versicherte hat mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seine Beschwerden (Knie, LWS, COPD, ASOS [recte wohl: obstruktives Schlafapnoe Syndrom; OSAS], Diabetes) zum grossen Teil durch sein deutliches Übergewicht, das Rauchen und seiner daraus resultierenden Dekonditionierung verursacht. Insgesamt kann weiterhin an der Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 11.08.2017 festgehalten werden: es kann von einer 80% Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden (leichte wechselbelastende Arbeiten, überwiegend im Sitzen, ohne Arbeiten in der Hocke oder kniend, ohne Steigen von Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen). Die Nachbehandlung nach knieendoprothetischer Versorgung dauert bei komplikationslosem Verlauf 3 bis 4 Monate. Nach der Rehabilitationsphase dürfte sich die Zumutbarkeit für ein 80% Pensum stabilisiert haben.

2.10 In einem weiteren Bericht, welcher bei der IV-Stelle am 10. April 2018 einging, betonte der Hausarzt Dr.med. P._____, dass die Leistungsfähigkeit des Versicherten „wegen COPD (GOLD 2), Obesitas (Adipositas) Grad III (BMI 41) und lumbovertebralem Schmerzsyndrom deutlich eingeschränkt“ sei. Nach seiner Einschätzung könne er aktuell maximal 50% einer leichten Tätigkeit ausführen (IV-act. 34).

3. Eine gerichtliche Würdigung dieser in den Erwägungen 2.1 bis 2.10 zusammengefassten, aus den vorliegenden Unterlagen entnommenen Angaben zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1 Was die gesundheitliche Situation des Versicherten anbelangt, sind sich der RAD-Arzt Dr.med. Q._____ sowie der behandelnde Hausarzt grundsätzlich einig, dass die Beeinträchtigungen hinsichtlich LWS-Schmerzsyndrom, COPD, OSAS, Kniegelenk (etc.) im Zusammenhang mit einem massiven Übergewicht (Adipositas), dem persistierenden Nikotinkonsum und einer Dekonditionierung stehen (vgl. IV-act. 31-5/5 i.V.m. IV-act. 34). Unklar ist nach der Aktenla-

ge in medizinischer Hinsicht namentlich, wie der weitere Verlauf nach der Knieoperation vom 10. Januar 2018 ausfiel. Der RAD-Arzt Dr.med. Q._____ veranschlagte am 8. Februar 2018 prognostisch bei komplikationslosem Verlauf eine Rehabilitationsphase von 3 bis 4 Monaten (IV-act. 31-5/5). Es fällt indessen auf, dass bis zum Verfügungserlass am 19. Juni 2018 (d.h. in einem Zeitraum von mehr als 4 Monaten) keine einzige Rückfrage erfolgte, ob der Verlauf tatsächlich komplikationslos verlief bzw. ob und inwiefern eine Belastung des rechten Kniegelenks zwischenzeitlich wieder möglich und zumutbar ist.

3.2.1 Hinzu kommt, dass die beiden von der Vorinstanz beigezogenen RAD-Ärzte, welche den Versicherten nicht selber untersucht haben, die medizinische (unvollständige, siehe Erw. 3.1) Aktenlage dahingehend beurteilten, dass das verbliebene Leistungspotential des Versicherten für adaptierte (leichte wechselbelastende) Tätigkeiten auf eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80% zu veranschlagen sei.

3.2.2 Demgegenüber argumentiert der behandelnde Hausarzt sinngemäss, dass für eine leichte Tätigkeit maximal eine Arbeitsfähigkeit von 50% anzunehmen sei (IV-act. 34; siehe auch Dr.med. R._____, nachfolgend in Erw. 3.2.3).

3.2.3 Bei dieser Sachlage besteht offenkundig eine Diskrepanz zwischen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der RAD-Ärzte einerseits (80% AF) und des behandelnden Hausarztes andererseits (50% AF). Nachdem auch der für die Behandlung der Kniebeschwerden beigezogene Facharzt Dr.med. R._____ in seinem Bericht an die IV-Stelle vom 17. Oktober 2017 (und mithin noch vor der Knieoperation) von einem zumutbaren Belastungsprofil von „halbtags wie bisher“ spricht (IV-act. 30-3/9, Ziff. 1.7 in fine) und prognostisch den weiteren Verlauf dahingehend einschätzte, dass auch mit einer Knieprothese rechts „im Gesamtbild“ kaum mit einer wesentlichen Besserung zu rechnen sei (IV-act. 30-3/9, Ziff. 1.8), liegen hinreichende Zweifel vor, welche nach Massgabe der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Folge haben, dass bezüglich der massgebenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht einfach der RAD-Beurteilung gefolgt werden kann. Dies gilt erst recht, als die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der RAD-Ärzte eine substantiierte Auseinandersetzung mit der Einschätzung des behandelnden Hausarztes sowie mit derjenigen des orthopädischen Facharztes Dr.med. R._____ (welcher anfangs 2018 die Knieoperation vornahm) vermissen lässt.

3.3 Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich, die angefochtene Verfügung vom 19. Juni 2018 aufzuheben und die Sache zur Klärung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades an die Vorinstanz zurückzuweisen. Soweit nach Abklärung des weiteren Verlaufs nach der Knieoperation aus vorinstanzlicher Sicht eine An-

lehnung an die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der behandelnden Ärzte (Dres. Szasz und Komorek) nicht in Frage kommen sollte, wird es grundsätzlich unumgänglich sein, hinsichtlich des vorliegenden Beschwerdekomples noch zusätzlich eine (mindestens bidisziplinäre) Abklärung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades durch versicherungsexterne Sachverständige vorzunehmen.

4. Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend mit Rückweisung der Sache an die Vorinstanz (mit noch offenem Ausgang) werden praxisgemäss die Verfahrenskosten der Vorinstanz auferlegt. Deshalb erübrigt sich die Behandlung des Begehrens des Beschwerdeführers auf unentgeltliche Rechtspflege.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 19. Juni 2018 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen vorgehen und alsdann neu verfügen kann.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt, welche diesen Betrag innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids zu bezahlen hat.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005). Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherung (A)

Schwyz,

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: